

Enrico Tagliaferri e Gavino Maciocco



Oggi c'è un generale consenso sul fatto che le user fees non sono lo strumento adatto per finanziare la sanità nei paesi in via di sviluppo. Posizioni in tal senso vengono dall'OMS, da rinomate agenzie di cooperazione sanitaria internazionale come quella britannica e quella danese, vengono addirittura dalla Banca Mondiale.

Nell'ambito delle politiche di "aggiustamento strutturale" (privatizzazioni, riduzione drastica della spesa pubblica - sanità e istruzione, porte aperte agli investimenti esteri, etc.), imposte dal Fondo Monetario Internazionale e dalla Banca Mondiale come condizione necessaria per ottenere finanziamenti, molti paesi in via di sviluppo hanno introdotto negli anni '80 forme di pagamento per i servizi sanitari (*user fees*). Le *user fees* si sono rivelate, soprattutto per i più poveri, un grosso ostacolo all'accesso a servizi sanitari di cui c'era e c'è un enorme disperato bisogno[1]. **Servizi sanitari a pagamento colpiscono chi è più malato e spesso già più svantaggiato e più povero[2]. Anche apparentemente piccole cifre rappresentano un deterrente insormontabile nell'accesso ai servizi: ad esempio, la richiesta di 0.75\$ come "ticket" nell'acquisto di una zanzariera impregnata di insetticida riduce la domanda di questo fondamentale strumento di prevenzione della malaria del 75%[3]. **Più di 100 milioni di persone nel mondo ogni anno sono spinte al di sotto della soglia di povertà a causa delle spese sanitarie, cadendo cioè in quella che gli autori anglosassoni indicano come la "medical poverty trap"**[4]. Inoltre, molti malati finiscono per rivolgersi a servizi privati più a buon mercato ma meno qualificati[5].**

Un tentativo di correzione, senza mettere in discussione l'impianto generale del sistema delle tariffe, è stato fatto in alcuni paesi introducendo forme di esenzione per i più poveri. In generale tali tentativi si sono rivelati un fallimento: le esenzioni non sono applicate o non vanno a vantaggio dei più poveri. **Una particolare forma di sovvenzione è nota come**

Health Equity Fund. È stata introdotta per la prima volta in Cambogia nel 2000 ed è stata poi adottata anche in altri paesi. Un'organizzazione non governativa, un'associazione della società civile, o personale dello stesso ospedale, identifica i pazienti che non sono in grado di pagare, segue il malato, contratta con l'ospedale e salda il conto. Rispetto ad altre forme di sovvenzione questa soluzione pare effettivamente aiutare alcuni dei più poveri, ma non cambia di molto le dimensioni del problema; potrebbe forse trovare applicazione nel coprire alcune spese non mediche della malattia, ad esempio il trasporto, in un sistema dove le prestazioni sanitarie sono gratuite[6].

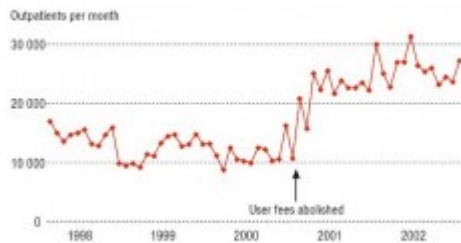
Alcuni stimano che la rimozione delle *user fees* potrebbe evitare da 150.000 a 300.000 morti all'anno tra i bambini sotto i 5 anni in 20 paesi africani[7].

Per queste ragioni alcuni paesi hanno scelto di cambiare direzione e abrogare le *user fees*.

L'abolizione delle *user fees* ha portato ad un incremento degli accessi ambulatoriali che va dal 17% del Madagascar all'84% dell'Uganda, e la maggior utilizzazione dei servizi sanitari è stata sostenuta in primo luogo dai più poveri[8,9]. Ad esempio in **Uganda nel distretto di Kisoro**, il numero di visite ambulatoriali è raddoppiato immediatamente dopo l'abolizione delle *user fees* nel 2001 e ha continuato a crescere negli anni successivi (**Figura 1**). In **Ghana** è stato osservato un incremento del numero dei parti assistiti, soprattutto nelle fasce di popolazione più povera, anche in questo caso[10]. Non si sono registrate variazioni importanti dei ricoveri, forse per il limite imposto dal numero di posti letto, considerato anche che in molti ospedali africani il tasso di occupazione dei posti letto è sempre stato intorno al 100%[11].

Figura 1. Impatto dell'abolizione delle *user fees* sull'accesso ai servizi ambulatoriali. Distretto di Kisoro, Uganda. 1998-2002

Figura 1. Impatto dell'abolizione delle user fees sull'accesso ai servizi ambulatoriali. Distretto di Kisoro, Uganda, 1998-2002 (WHO, World Health Report 2008)



Cliccare sull'immagine per ingrandirla

Fonte: WHO. World Health Report 2008

È interessante notare che l'abolizione delle *user fees* per alcuni servizi ha indotto un incremento dell'utilizzazione anche di servizi già offerti gratuitamente, ad esempio in Ghana rendere gratuito il parto nelle strutture sanitarie ha indotto anche un incremento delle visite post-natali e in Uganda l'aumento degli accessi ambulatoriali è probabilmente alla base dell'aumento dell'utilizzazione di numerosi servizi di prevenzione e promozione della salute[12].

In alcuni casi la scelta di revocare le *user fees* è stata presa in maniera frettolosa, magari allo scopo di guadagnare consenso elettorale, senza un'attenta programmazione. Questo ha significato talvolta carenza di farmaci, eccessivo carico di lavoro per il personale a detrimento della qualità del lavoro, lunghe attese per le visite. In Sud Africa, all'abolizione delle *user fees* ha fatto seguito una minor utilizzazione dei servizi preventivi gratuiti, probabilmente per un improvviso incremento del carico di lavoro del personale sanitario che è stato coinvolto maggiormente nelle attività cliniche a discapito di quelle preventive[13]. Questi esempi rimandano alla necessità di prevedere le ripercussioni delle scelte di politica sanitaria e pianificare di conseguenza.

Questi esempi rimandano alla necessità di prevedere le ripercussioni delle scelte di politica sanitaria e pianificare di conseguenza.

L'abolizione delle *user fees* ha ovviamente dovuto essere compensata da un incremento dei finanziamenti statali; quando questi sono stati assicurati in maniera adeguata ed erogati più o meno regolarmente, i disservizi iniziali sono stati superati, in caso contrario le strutture sanitarie sono state costrette ad indebitarsi o reintrodurre forme di pagamento da parte dei

malati.

Si stima che in Uganda l'abolizione delle *user fees* abbia indotto inizialmente una diminuzione delle entrate per il sistema sanitario di 3,4 milioni di dollari all'anno, ma avrebbe anche portato ad un guadagno di 9 milioni di dollari all'anno per l'economia del paese, in ragione di una diminuzione dei giorni di lavoro persi per malattia[14].

Dal punto di vista delle famiglie l'abolizione delle *user fees* è certamente un aiuto, e in Uganda, dopo l'abolizione, la spesa sanitaria delle famiglie più povere è diminuita. Vi sono però altre spese da sostenere in caso di malattia, ad esempio il costo del trasporto, il costo del lavoro perso, il costo delle medicine che comunque talvolta non sono disponibili nelle strutture sanitarie, il compenso richiesto non ufficialmente talvolta dal personale. Politiche sanitarie volte a facilitare l'accesso dei più svantaggiati ai servizi sanitari dovrebbero tener conto anche di questi elementi.

Oggi c'è un generale consenso sul fatto che le *user fees* non sono lo strumento adatto per finanziare la sanità nei paesi in via di sviluppo. Posizioni in tal senso vengono dall'OMS, da rinomate agenzie di cooperazione sanitaria internazionale come quella britannica e quella danese, vengono addirittura dalla Banca Mondiale, che le *user fees* le ha inizialmente imposte e poi sostenute a spada tratta per almeno due decenni. Un articolo pubblicato su *Lancet* nel giugno 2009 dal titolo "Assistenza sanitaria universale e rimozione delle *user fees*" [15] si chiede: "è giusto eliminare le *user fees*, ma con cosa le sostituiamo?". La risposta è: se non vengono iniettate nel sistema rilevanti risorse per rendere davvero gratuito e universale l'accesso, i pagamenti formali saranno sostituiti dai pagamenti sottobanco e il problema rimarrà inalterato.

L'articolo di *Lancet* ricorda che gli Obiettivi del Millennio (la riduzione della mortalità infantile e materna, la lotta a Aids, tubercolosi e malaria) non potranno in alcun modo essere raggiunti e neppure avvicinati se non si renderà universale e gratuito l'accesso ai servizi sanitari dei paesi più poveri. Sarebbero necessari meccanismi di finanziamento alternativi alle *user fees*, come quelli basati sul prelievo fiscale e sulle assicurazioni sociali obbligatorie. Ma ciò richiede un livello di sviluppo economico attualmente inaccessibile alla maggioranza dei paesi più poveri e fragili. Allora è necessario prevedere - sostiene l'articolo di *Lancet* - soluzioni immediate basate su un **maggior impegno dei governi locali** nei confronti della sanità (un settore generalmente negletto) e su un **più generoso ed efficace contributo dei paesi donatori**. I governi locali dovrebbero in cambio garantire l'accesso universale e gratuito ai servizi di *primary health care*, e se all'inizio non è possibile renderlo universale, garantirlo almeno ai bambini e alle donne.

L'articolo di *Lancet* chiude con queste riflessioni: "Di fronte al crollo della spesa pubblica (imposto dalla Banca Mondiale, ndr), i governi e gli stessi donatori hanno scaricato la responsabilità del finanziamento della sanità direttamente sulla popolazione (introduzione delle user fees, ndr). Ma come abbiamo visto i risultati sono stati disastrosi. La elementare teoria economica dovrebbe averci insegnato che fare cassa tassando i servizi sanitari di base non è una buona pratica. **Di conseguenza, dovremmo anche aver capito che, nel contesto del miglioramento della salute e della riduzione della povertà, prendere i soldi dalla povera gente quando è ammalata non è una buona idea.**

Risorse

1. Noirhomme M, Ridde V, Morestin F (2009). Improving access to health care services for the poorest. The case of health equity funds. Université de Montréal. [[PDF:295 Kb](#)]
2. Morestin F & Ridde V (2009). The abolition of user fees for health services in Africa Lessons from the literature. Université de Montréal. [[PDF: 292 Kb](#)]

Bibliografia

1. Whitehead M et al. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet* 2001; 358: 833-36
2. Onwujekwe O et al. Are malaria treatment expenditures catastrophic to different socio-economic and geographic groups and how do they cope with payment? study in southeast Nigeria. *Trop Med Int Health*. 2009 Nov 3. [Epub ahead of print]
3. Cohen J, Dupas P. Free distribution or cost-sharing: evidence from a randomized malaria prevention experiment. *Poverty Action Lab*. 2007.
4. Xu K et al. Protecting households from catastrophic health spending, *Health Affairs*, 2007, 26:972-983.
5. Paphassarang C, Tomson G, Choprapawon C, Weerasuriya K. The Lao national drug policy: lessons along the journey. *Lancet* 1995; 345: 433-35.
6. Noirhomme M, Ridde V, Morestin F (2009). **Improving access to health care services for the poorest. The case of health equity funds.** Université de Montréal. [[PDF:295 Kb](#)]
7. James C, et al. Impact on child mortality of reducing user fees: simulation model. *BMJ* ;331;747-749.
8. Fafchamps M, Minten B. Public Service Provision, User Fees and Political Turmoil. *Journal of African Economies* 2007; 16(3): p. 485-518.
9. Nabyonga J, Desmet M, Karamagi H, Kadama P, Omaswa F, Walker O. Abolition of Cost Sharing is Pro poor: Evidence from Uganda. *Health policy and planning* 2005. 20(2): p. 101- 108.
10. Witter S, Arhinful DK, Kusi A, and Zakariah Akoto S. The experience of Ghana in

implementing a user fee exemption policy to provide free delivery care. *Reproductive Health Matters* 2007. 15(30): p. 61-70.

11. Morestin F & Ridde V (2009). **The abolition of user fees for health services in Africa Lessons from the literature**. Université de Montréal. [[PDF: 292 Kb](#)]
12. Witter S and Adjei S. Start-Stop funding, its Causes and Consequences : A Case Study of the Delivery Exemptions policy in Ghana. *International Journal of Health Planning & Management* 2007; 22: p. 133-143.
13. Wilkinson D, Gouws E, Sach M, Abdool K. Effect of Removing User Fees on attendance for Curative and Preventive Primary Health Care Services in rural South Africa. Geneva: WHO 2001; 79(7).
14. Deininger K, Mpuga P. Economic and welfare impact of the abolition of health user fees : Evidence from Uganda. *Journal of African Economies* 2004; 14(1): p. 55-91.
15. Yates R. Universal health care and the removal of user fess. *Lancet* 2009; 373: 2078-81.

Nell'ambito delle politiche di "aggiustamento strutturale" (privatizzazioni, riduzione drastica della spesa pubblica - sanità e istruzione, porte aperte agli investimenti esteri, etc.), imposte dal Fondo Monetario Internazionale e dalla Banca Mondiale come condizione necessaria per ottenere finanziamenti, molti paesi in via di sviluppo hanno introdotto negli anni '80 forme di pagamento per i servizi sanitari (*user fees*). Le *user fees* si sono rivelate, soprattutto per i più poveri, un grosso ostacolo all'accesso a servizi sanitari di cui c'era e c'è un enorme disperato bisogno